



SOLICITUD DE TRASLADO DE COLEGIACION

D./D^a _____

DIPLOMADO EN ENFERMERIA, GRADO CON DNI N° _____

COLEGIADO EN LA PROVINCIA DE _____ CON EL N° _____

TELEFONO _____ CALLE _____

NÚMERO _____ POBLACION _____

CODIGO POSTAL _____.

SOLICITO TRASLADO DE EXPEDIENTE al Colegio de Enfermería de _____

Fijando mi domicilio en _____ calle _____

_____, encontrándome al corriente en el

Abona de las cuotas colegiales, siendo el último mes abonado el de _____

_____.

_____, _____ de _____ de _____

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE

AVISO DE PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos facilitados en el presente formulario serán parte de un fichero responsabilidad de Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba, con base en el consentimiento del interesado. Dichos datos serán cedidos al Colegio Oficial de Enfermería al que se solicite el traslado, y podrán ser accesibles al Consejo Andaluz de Enfermería, Consejo General de Enfermería y a prestadores de servicios tecnológicos vinculados a Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba, con los que está establecido el pertinente contrato de tratamiento de datos. Serán conservados durante el tiempo legalmente previsto. En todo caso podrá ejercer sus derechos en materia de protección de datos en el correo electrónico dpo@colegioenfermeriacordoba.com, o mediante correo postal en C/ Velázquez Bosco nº3, 14003, Córdoba. Si entiende que sus derechos no han sido atendidos correctamente, podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.